



CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO

B.5.

**MONICA FONSECA CANO
MIRIAM ASTRID PARRA
CONSUELO TORRES QUINTERO
ADRIANA TORRES QUINTERO
FLOR DE LIZ PEREZ**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2002**



CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO

MONICA FONSECA CANO	981204
MIRIAM ASTRID PARRA	981208
CONSUELO TORRES QUINTERO	981211
ADRIANA TORRES QUINTERO	981219
FLOR DE LIZ PEREZ	981274

**Presentado a
Dra. DIANA GUZMÁN**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2002**

CONTENIDO

	Pág.
1. CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO	5
1.1 INFORMACIÓN GENERAL	5
1.2 MOTIVO DE CONSULTA	5
1.3 ANAMNESIS	5
1.3.1 Historia médica familiar	5
1.3.2 Historia médica personal	5
1.4 HISTORIA ESTOMATOLÓGICA	6
1.5 EXAMEN FÍSICO ORAL	6
1.6 EXAMEN CRANEOMANDIBULAR	6
1.7 EXAMEN PERIODONTAL	6
1.8 ODONTOGRAMA	7
1.9 DIAGNÓSTICO	7
1.9.1 Diagnósticos Generales	7
1.9.2 Diagnósticos Craneomandibulares	8
1.9.3 Diagnósticos orales tejido blando y óseo	8
1.9.4 Diagnósticos Periodontales	9
1.9.5 Diagnósticos Dentales	9
1.9.6 Diagnósticos Dentales	9
1.9.7 Diagnósticos Endodónticos	10
1.10 PLAN DE TRATAMIENTO	10

1.10.1 Plan de tratamiento ideal	10
1.10.2 Plan de tratamiento a realizar	10
1.11 INDICACIONES PARA LA PROSTODONCIA	11
1.11.1 Factores que influyen en el diseño	11
1.11.2 Requisitos de la línea de terminación	17
1.12 PROSTODONCIA PARCIAL FIJA	20
1.13 COMPONENTES DE UN PF	21
1.14 CLASIFICACION DE LOS DIENTES PILARES	21
1.15 LEY DE ANTE	22
1.16 PROSTODONCIA REMOVIBLE	22
1.17 PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE	22
1.18 REQUISITOS DE UNA CLASIFICACION	23
1.19 CLASIFICACION DE KENNEDY	23
1.20 COMPONENTES DEL PPR	24
1.21 IMPLANTOLOGIA	25
1.22 BIOMECANICA EN IMPLANTOLOGIA ORAL	26

1. CASO CLÍNICO INTERDISCIPLINARIO

1.1 INFORMACIÓN GENERAL

Paciente: Moya Díaz Luz Marina
Edad: 45 años
Estado Civil: Casada
Ocupación: Secretaria Ejecutiva

1.2 MOTIVO DE CONSULTA

“Para que me arreglen los dientes”.

1.3 ANAMNESIS

1.3.1 Historia médica familiar

- Cáncer: Padre – próstata
- Artritis: Madre – miembros superiores e inferiores
- No reporta antecedentes sistémicos

1.3.2 Historia médica personal

- Hospitalizaciones: Cirugía maxilar superior e inferior
- Revisión por sistemas
Migrañas: hace 5 años
Miopía: controlada con gafas

1.4 HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

- Ruido ATM: A la apertura hace 10 años
- Desarmonías oclusales: Ausencia de dientes
- Sangrado gingival
- Sensibilidad dentaria

1.5 EXAMEN FÍSICO ORAL

Paciente sano

1.6 EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

- Apertura: 50 mm
- Protrusión: 4 mm
- Lateralidad Izquierda: 5 mm
- Lateralidad derecha: 5mm
- Clasificación Angle: No aplicable

1.7 EXAMEN PERIODONTAL

Apiñamiento

- Inferior
- Ausencias dentarias: 16-15-25-26-26-36-37-38-48
- Primer contacto

12	21
42	32

- Trabajo Derecho Balanza Izquierdo

14	-
44	-

- | Balanza Derecha | Trabajo Izquierdo |
|-----------------|-------------------|
| - | 24 |
| - | 34 |

Exámenes Complementarios:

Rx Periapicales

1.8 ODONTOGRAMA

18 = Ausente	28 = Ausente
17 = Provisional	27 = Ag O desad
16 = Ausente	26 = Ausente
15 = Ausente	25 = Ausente
14 = Ag OD desd	24 = Ag OD desad
13 = Sano	23 = Sano
12 = CCC adapt	22 = Sano
11 = CCC adapt	21 = CCC adapt
21 = CCC adapt	
41 = Sano	31 = Sano
42 = Sano	32 = Sano
43 = Sano	33 = Sano
44 = CCC desad	34 = Sano
45 = CCC desad	35 = CCC desad
46 = Ausente	36 = Ausente
47 = Ausente	37 = Ausente
48 = Ausente	38 = Ausente

1.9 DIAGNÓSTICO

1.9.1 Diagnósticos Generales

Diagnósticos definitivos:

- Migraña
- Miopía

Etiología:

- Hereditario

Pronóstico:

- Bueno

1.9.2 Diagnósticos Craneomandibulares

Diagnósticos definitivos:

- Desplazamiento distal con reducción (tipo Clicking) localizado en apertura tercio final

Etiología:

- Trauma oclusal

Pronóstico

- Bueno

1.9.3 Diagnósticos orales tejido blando y óseo

Diagnósticos definitivos:

- Colapso de reborde tipo III

Etiología:

- Ausencia dentaria

Pronóstico:

- Malo

1.9.4 Diagnósticos Periodontales

Diagnósticos definitivos:

- Paciente periodontalmente disminuido

Etiología:

- Antecedentes de periodontitis

Pronóstico:

- Bueno

1.9.5 Diagnósticos Dentales

Diagnósticos definitivos:

- Ausencia 16-15-25-26-38-37-36-46-47-48

Etiología:

- Exodoncia

Pronóstico:

- Malo

1.9.6 Diagnósticos Dentales

Diagnósticos definitivos:

- Rotaciones: 33

Etiología:

- Ausencia dentaria

Pronóstico:

- Bueno

1.9.7 Diagnósticos Endodónticos

Diagnósticos definitivos:

- Dientes desmineralizados: 12-11-21-44-45

Etiología:

- T.C.C.

1.10 PLAN DE TRATAMIENTO

1.10.1 Plan de tratamiento ideal

- Periodoncia: Terapia básica dirigida a la causa
- Cirugía: Ninguna
- Endodoncia: Ninguna
- Operatoria: Ninguna
- Prostodoncia
PPR 17-14, PPF 24-27, CCC 35-44-45
Provisional de termocurado de 43

1.10.2 Plan de tratamiento a realizar

- Periodoncia: Terapia básica
- Cirugía: Ninguna
- Endodoncia: Ninguna
- Operatoria: Ninguna
- Prostodoncia
PPF 17-14, PPF 24-27, CCC 35-44-45

1.11 INDICACIONES PARA LA PROSTODONCIA

La prostodoncia está indicada toda vez que haya dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares, siempre que esos dientes tengan una relación adecuada entre corona y raíz y, sobre la base de radiografías, modelos de diagnóstico y exámenes bucales, parezcan capaces de soportar una carga agregada.

Muchos son los factores vinculados con los dientes y las estructuras bucales inmediatamente adyacentes que tienen influencia directa sobre el resultado favorable o adverso de una restauración individual o una prostodoncia. Se prestará mucha atención a todos ellos si deseamos que el tratamiento ayude a conservar la dentición remanente. Aunque todos los factores que siguen se refieren a la prostodoncia, muchos de ellos se aplican también a restauraciones individuales.

1.11.1 Factores que influyen en el diseño

- **Longitud Coronaria**

Los dientes deben tener la adecuada longitud coronaria oclusocervical para alcanzar la retención suficiente. Dientes con coronas clínicas cortas no suelen brindar la retención satisfactoria salvo que se usen coronas de cobertura total o se consiga mayor longitud mediante una intervención quirúrgica periodontal.

- **Forma Coronaria**

Algunos dientes tienen la corona convergente hacia oclusal, lo que interfiere en el paralelismo del tallado, por lo cual necesitan andajes de cobertura total para mejorar sus cualidades estéticas y retentivas. Son ejemplos de ello dientes anteriores con cíngulos mal desarrollados y paredes proximales cortas y premolares inferiores con cúspides linguales mal desarrolladas y superficies proximales cortas. También algunos incisivos poseen bordes incisales traslúcidos

sumamente delgados, haciendo inaceptable desde el punto de vista estético el uso de retenedores de cobertura parcial.

- **Grado de Multiplicación**

El tamaño, la ubicación de las caries o las restauraciones en un diente condicionan la decisión de colocar retenedores de cobertura parcial o bien total. Además los dientes pueden estar tan fracturados o cariados que no sea factible restaurarlos y es preciso extraerlos, creando así la necesidad de colocar una protodoncia o modificar su diseño original.

- **Forma y Longitud Radicular**

Para que una protodoncia funcione normalmente y conserve la salud bucal los dientes pilares deben dar estabilidad. La estabilidad requiere anclaje en una cantidad de hueso adecuada para resistir las fuerzas oclusales que serán transmitidas a los dientes pilares. Raíces con lados paralelos y surcos de desarrollo resisten mejor las fuerzas oclusales agregadas que raíces cónicas lisas. También, los dientes multirradiculares suelen ofrecer mayor estabilidad que los unirradiculares.

- **Relación Entre Corona y Raíz**

La comparación de la longitud del diente que queda fuera del hueso alveolar y la longitud que queda dentro del hueso ha sido tradicionalmente una pauta utilizada para determinar que un diente sirve como pilar. Cuanto más alta la relación menor es la posibilidad del diente de soportar fuerzas oclusales agregadas. El problema empeorará aún más cuando sobre la protodoncia actúan fuerzas no axiales.

Por lo general se ha considerado que una relación 1:1,5 es satisfactoria, mientras que una relación 1:1 se considera mínima y requiere tomar en cuenta otros factores (como el número de dientes por reemplazar, la movilidad de los dientes y

la salud periodontal general) antes de considerar que un diente con tal relación entre corona y raíz sirve como pilar.

- **Ley de Ante**

El soporte de un pilar puede ser evaluado empleando una regla, denominada "ley de Ante" que, parafraseada dice que el área de ligamento periodontal total de los dientes pilares debe ser igual o exceder la del diente o los dientes por ser reemplazados. Aunque al aplicar esta regla hay que utilizar el ancho, es una pauta segura y útil cuando se la emplea junto con los otros factores por ser considerados en la evaluación de la capacidad del pilar.

- **Salud Periodontal**

La inadecuada salud periodontal suele generar pérdida ósea, que altera la capacidad de un diente de sostener una protodoncia. La pérdida ósea extensa requiere la utilización de muchos dientes pilares, prótesis removibles o hasta la extracción de los dientes. Si hay enfermedad periodontal, habrá que eliminarla antes de comenzar el tratamiento restaurador definitivo y el paciente debe recibir instrucción sobre técnicas de higiene bucal apropiadas y responder adecuadamente.

La valoración de la respuesta al tratamiento periodontal es una parte importante del diagnóstico, que debe concluir antes de ser indicado el tratamiento restaurador.

La selección de los anclajes y al tramo debe ser planificado de modo que promueva una higiene bucal eficaz y no constituya un inconveniente. Además, al hacerse el diseño se tomará en cuenta si el paciente tiene disminuida su destreza manual o si ejecuta un cuidado casero mínimamente aceptable. En algunos casos, la salud periodontal se mantiene mejor con una prótesis removible.

- **Movilidad**

Dientes con movilidad superior a la normal muchas veces sirven como pilar para una protodoncia y no deben ser considerados inadecuados automáticamente. Hay que evaluar la magnitud de la movilidad y su causa. El valor de movilidad uno de Miller suele ser aceptable mientras que el valor dos exige establecer la causa y tomar en cuenta el número de dientes por reemplazar. Si la movilidad está relacionada con contactos oclusales desviantes pueden ser eliminados y se hará una protodoncia de tramo corto, el diente servirá como pilar. Si la movilidad es originada por una considerable pérdida ósea y se va a reemplazar más de un diente, probablemente el diente no sirva como pilar salvo que se lo ferulice a otro diente sano. Un diente con movilidad de valor 3 no sirve como pilar.

- **Extensión del tramo**

La distancia entre dientes pilares afecta la factibilidad de colocar una protodoncia. Lo corriente es reemplazar un diente con una protodoncia, como también lo es cuando faltan dos dientes vecinos. Sin embargo, la falta de tres dientes adyacentes exige una evaluación cuidadosamente de otros factores como relación entre corona y raíz, longitud y forma de la raíz, salud periodontal, movilidad y oclusión.

A veces, se hacen protodancias que reemplazan cuatro dientes adyacentes pero sólo en sectores anteriores de la boca en los cuales hay pocas fuerzas oclusales.

- **Alineación axial**

Las coronas de los dientes pilares propuestos deben estar lo suficientemente bien alineadas como para que ellas se pueda hacer tallados retentivos. La malposición de los pilares puede ser tan notable que impida la colocación de una protodoncia, salvo que se desvitalicen los dientes o se haga el movimiento ortodóntico para corregir la posición.

Las alteraciones menores de la alineación axial (dientes inclinados o girados) suelen exigir la colocación de retenedores de cobertura total para lograr la retención adecuada u obtener total para lograr la retención adecuada u obtener resultados estéticos aceptables.

- **Forma del arco**

Una curvatura de los arcos suele ubicar al tramo hacia vestibular de una línea recta (línea de fulcro) trazada entre los dientes inmediatamente adyacentes a la zona desdentada. Esta relación crea un brazo de palanca que puede ejercer fuerzas excesivas en los dientes pilares cuando la oclusión se hace en el tramo. Las fuerzas pueden exceder la capacidad de estos dientes de resistir la inclinación, según sea la longitud del brazo de palanca y la magnitud de las fuerzas aplicadas. Como regla general, hay que hacer retención contrabalanceada para compensar la longitud del brazo de palanca. Desde el punto de vista teórico, el anclaje en otros dientes debe extenderse hacia atrás de la línea de fulcro por lo menos la misma distancia que separa al tramo de la línea de fulcro, delante de éste.

- **Oclusión**

Las fuerzas oclusales ejercidas sobre una prostodoncia guardan relación con el grado de actividad muscular, los hábitos del paciente, como el bruxismo, el número de dientes por reemplazar, el brazo de palanca que actúa sobre el puente y el soporte óseo. Las fuerzas oclusales excesivas llegan a aflojar la prostodoncia a través de la flexión o inducen la fractura cuando hay un componente cerámico. Las fuerzas también causan movilidad dentaria, particularmente cuando el soporte óseo está disminuido.

- **Salud pulpar**

Cuando la salud pulpar de los dientes pilares está resentida se hará el tratamiento endodóntico antes de tallar los dientes. En la mayoría de los dientes con tratamiento endodóntico se precisan retenedores de cobertura total para llevar al mínimo las probabilidades de fractura. Además puede precisarse un perno-muñón para aumentar la retención brindada por el tejido dentario remanente.

- **Forma del reborde alveolar**

- Cuando hubo una pérdida considerable de reborde alveolar, como suele ocurrir con la pérdida de dientes causada por lesiones traumáticas, el permitir la colocación de tramos de tamaño y longitud normales. Además, tal efecto puede no permitir que el tramo sea ubicado como para que de el mejor sostén a los labios y cigarrillos y restaure la forma facial. Ambas situaciones indicarían el uso de una prótesis removible en lugar de una fija.

- **Edad del paciente**

Las prostodoncias suelen estar contraindicadas en bocas de adolescentes cuando los dientes no han erupcionado o cuando las pulpas son excesivamente grandes y contraindican preparaciones retentivas. Si no se va a hacer un puente, se coloca un mantenedor de espacio para mantener los pilares y los dientes antagonistas en su posición.

Si el estado de los dientes pilares exige restauraciones de cobertura total, se considerará la posibilidad de hacer una prostodoncia. Sin embargo, el diente será desgastado lo mínimo y se considerará provisional a la prostodoncia, que será hecha de nuevo cuando el tamaño popular lo permita.

- **Fonética**

El reemplazo de los dientes ausentes con protodoncia suele proporcionar la suficiente resistencia al aire como para dejar que se produzcan los sonidos normales del habla. Sin embargo, el diseño de ciertos tramos o la existencia de un defecto grande en el hueso alveolar puede no favorecer la fonética normal tan bien como lo hace una prótesis parcial removible.

1.11.2 Requisitos de la línea de terminación. El lugar donde termina una preparación se denomina línea de terminación. La línea de terminación desempeña varias funciones:

- Durante la evaluación visual del diente tallado indica la cantidad de tejido desgastado. Asimismo, marca la magnitud del corte en sentido apical. Cuando más nítida es, mejor sirve para estos propósitos.
- La línea de terminación es uno de los puntos de referencia que se utilizan para comprobar la exactitud de la impresión tomada por el método indirecto.
- Una línea de terminación bien marcada sobre el troquel ayuda a determinar la calidad del troquel y permite su recorte adecuado.
- La correcta adaptación marginal del patrón de cera depende de una línea de terminación nítida.
- Asimismo, la evaluación de la restauración es más fácil si la línea de terminación es adecuada.
- Durante el cementado, una línea de terminación bien clara es una guía para comprobar si el asentamiento de la prótesis es el correcto.

Se puede optar por diversas formas de la línea de terminación: chanfle, filo de cuchillo o borde en cincel, bisel difuso, hombro y hombro biselado.

El chanfle es la terminación preferida en prótesis fija para la línea cervical y ha de utilizarse toda vez que se pueda porque es fácil tallarla así como bien visible. La línea de terminación en filo del cuchillo o en forma de cincel es aceptablemente nítida, aunque no tan bien definida como el chanfle. Se la suele hacer en dientes inclinados cuando el tallado del chanfle produciría desgaste excesivo.

La línea de terminación en bisel difuso es inaceptable porque no es lo suficientemente nítida y da por resultado un desgaste cervical tan escaso que obliga a la confección de una restauración excesivamente voluminosa para que posea la suficiente rigidez. Además, como el bisel difuso es poco visible puede haber irregularidades y ondulaciones oclusocervicales en la línea de terminación lo cual dificulta la confección de una restauración que calce con precisión.

El hombro y el hombro biselado no son aconsejables para el uso sistemático por ser difíciles de tallar y exigir excesivo desgaste dentario. No obstante, está indicado en superficies dentarias donde es necesario completar la restauración con material estético, como sucede en las fundas de porcelana donde el color adecuado se logra solamente a expensas de cierto espesor.

- **Instrumental**

Se elegirán instrumentos rotatorios que permitan desgastar el diente según los requisitos de la forma de retención y resistencia y de la creación de la línea de terminación. Asimismo, habrá que disponer de instrumentos para hacer cajas, rieleras y perforaciones bien definidas y lisas donde sea necesario.

Los instrumentos cortantes de diamante con partículas de diamante unidas a un eje metálico concéntrico abrasionan eficazmente el esmalte. Cuando el instrumento entra en contacto con el tejido dentario, muchas partículas tocan

simultáneamente la superficie, y el instrumento tiende poco a saltar o salir de la trayectoria de movimiento deseada o a producir excesiva vibración molesta para el paciente. Estos instrumentos son de grano grueso, mediano y fino y tienen una gran variedad de formas y diámetros. El grano grueso o medio se usa para la eliminación más rápida del tejido dentario y el grano fino se usa para alisar las superficies talladas. Un instrumento de diamante de grano fino deja el diente y la línea de terminación adecuadamente lisa para todos los procedimientos relacionados con la prótesis fija.

Hay instrumentos de diamante que tienen paredes convergentes que crean el grado adecuado de convergencia oclusal cuando se los mantiene paralelos a la trayectoria de inserción y se los desplaza alrededor del perímetro del diente. Un instrumento cónico de extremo redondeado no sólo forma la convergencia adecuada sino que también establece un chanfle cervical al ser desgastado el diente hasta que el instrumento penetra una distancia igual a la mitad de su diámetro. Este instrumento es uno de los más apropiados para tallados que exigen una línea de terminación en chanfle.

Las fresas dentales con hojas cortantes de carburo también quitan eficazmente tejido dentario. Las fresas de fisura lisas dejan superficies más lisas que las de diseño de corte cruzado. Las fresas suelen ser usadas en lugar de instrumentos de diamante para biselar, tallar cajas, rieleras y perforaciones y alisar la cara vestibular y la línea de terminación del hombro en tallados para porcelana. Las rieleras se tallan con fresa de fisura troncocónica de extremo plano como la número 169 ó 170. Las cajas se tallan mejor con fresas de fisura rectas de paredes paralelas (como las número 56). Las perforaciones se tallan primero hasta la profundidad deseada con una fresa redonda número ½ por su capacidad cortante en el extremo y luego se retoca hasta darle la forma expulsiva con una fresa de fisura troncocónica.

Las fresas, usadas para desgastar el volumen circunferencial del diente, son más difíciles de controlar que los instrumentos de diamante. Tienden a salirse más

frecuentemente del lugar dejando ondulaciones en la línea de terminación y en la superficie del diente. Esto es particularmente complicado para el principiante.

Las piedras abrasivas montadas se usan para alisar superficies pero no sirven para desgastes voluminosos porque hecho con ellas el desgaste lleva mucho tiempo y genera calor. Estos instrumentos suelen ser de óxido de aluminio o de carburo de silicona. Dejan superficies lisas, son fácilmente controlables y se puede modificar su forma original para satisfacer necesidades específicas, pasándolas por un disco de diamante.

Los discos abrasivos también se usan para retocar y alisar tallados. Usados en la boca, duran mucho más si son de un material a prueba de agua como el plástico.

El tallado dentario adecuado exige el control completo de los instrumentos rotatorios. Si bien el control de los instrumentos es ayudado por la forma de manejarlos alternando la velocidad, es más seguro mantener con firmeza la pieza de mano mientras la mano se apoya firmemente sobre los otros dientes del arco.

1.12 PROSTODONCIA PARCIAL FIJA

Es el arte y ciencia de reemplazar adecuadamente uno o varios dientes ausentes, estableciendo la función, estética, salud oral y comodidad para el paciente.

Indicaciones:

- Areas desdentadas, pacientes adultos con buen soporte
- Periodontalmente sano
- Que cumpla la ley de Ante
- Que no presente mal posición tipo versiones
- Índice de caries bajo

Contraindicaciones:

- Niño a adolescente

- Enfermedad periodontal avanzada
- Dientes con enanismo radicular
- Dientes sin terminar la erupción
- Cuando no ha terminado la formación de la raíz
- Area desdentada de gran magnitud
- Problemas de diseño, por diámetro ocluso-cervical corto o por brazos

1.13 COMPONENTES DE UN PF

- Pilar o soporte: Diente sobre el cual va a andar la prótesis (diente de apoyo)
- Retenedor: Elemento estructura de la PF, va sobre y dentro del diente pilar donde se va a andar o fijar la fija.
- Conector: Une varios elementos entre sí
- Pónico: Diente ausente. Diente a reemplazar

1.14 CLASIFICACION DE LOS DIENTES PILARES

- Ideales (Integros)
 - No caries
 - Buen soporte periodontal
 - Buena longitud
 - No giroversión
- Regular
 - Caries
 - Endodoncia
- Malo
 - Destrucción coronal
 - Movilidad (problema periodontal)
 - Rotación

1.15 LEY DE ANTE

El área de ligamento periodontal total de los dientes pilares debe ser igual o exceder la de los dientes por reemplazar.

1.16 PROSTODONCIA REMOVIBLE

Rama de la odontología que restaura y mantiene el funcionamiento, el confort, la estética y la salud del paciente mediante el reemplazo de dientes y tejidos contiguos faltantes por sustitutos artificiales diseñados para ser retirada de la boca y reinsertada por el mismo paciente.

Objetivos:

- Eliminar patologías
- Preservación de las estructuras presentes y reemplazo de las estructuras faltantes
- Restauración de las funciones orales con resultados estéticamente aceptables

Pautas para el éxito:

- Establecer una comunicación que predisponga la confianza del paciente
- Demostrar profundidad en el conocimiento de DX y plan de tratamiento
- Identificar con seguridad los problemas y sus causas
- Hacer que el paciente correlacione salud dental con salud general
- Explicar el tratamiento sugerido y planes alternativos
- Hacer que el paciente conozca su responsabilidad en el éxito del tratamiento
- Evitar pronósticos excesivamente optimistas
- Tener respeto por la dignidad, el confort y el bienestar del paciente

1.17 PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Según el soporte puede ser totalmente:

- Dento-soportado (clase III de Kennedy)
- Dento-mucosoportada (extremo libre clase I, II y IV)
- Clase IV si no se cumple y transforma en dento-soportada

Indicaciones:

- En personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años
- En grandes espacios desdentados de excesiva pérdida ósea (colapso)
- Menores de 20 años
Cámara pulpar grande (exposición pulpar)
Fija impide el crecimiento mandibular
- Exodoncia reciente en la zona extensa
- Implantes durante el período de oseointegración

En todos los casos se extremo libre (uni y bilaterales) que no puedan ser resultados por implantes por consideraciones económicas.

1.18 REQUISITOS DE UNA CLASIFICACION

Permita la visualización inmediata de tipo de arco parcialmente desdentado que se está considerando.

Permita la inmediata diferenciación entre PPR dentosoportado y PPR dentomucosoportado. Ser universalmente aceptable.

1.19 CLASIFICACION DE KENNEDY

- Clase I. Areas desdentadas bilaterales ubicadas posterior a los dientes naturales remanentes.
- Dentomucosoportada modo I, II, III y VI. Modificaciones zonas edéntulas diferentes a los que nos da la clasificación.
- Clase II. Area desdentada unilateral y post a los dientes remanentes.

- Clase III. Area desdentada unilateral con diente anterior y posterior a ella.
- Clase IV. Area desdentada anterior única que atraviesa la línea media
- Clase V. 1960 Applegate. Dos molares en un solo lado del arco y el resto total desdentado
- Clase VI. 2 incisivos centrales y el resto del arco total desdentado

1.20 COMPONENTES DEL PPR

- Conector mayor: Elemento principal que conecta las partes de una prótesis de un lado de la boca con las partes del otro lado. Es la unidad de PPR la cual es conectada a todas las otras partes del otro lado.
- Conector menor: Son los que unen los elementos secundarios al conector mayor.
- Apoyos oclusales: Son los elementos que se apoyan sobre los descansos o lechos preparados en los dientes o en las coronas colocadas. Evitan que la PPR se incluya en la encía cuando actúan fuerzas masticatorias.
- Planos guía: Están ubicados en las caras proximales de los dientes junto a los espacios desdentados. En los extremos libres se encuentran las caras de los últimos pilares. Guían la trayectoria de inserción y van sobre los lechos.
- Retenedores directos: Son los ganchos que impiden que la PPR se desaloje de su inserción. Son imprescindibles para retener la prótesis. Los anclajes pertenecen a este grupo.
- Retenedores indirectos: Son el conjunto de elementos secundarios situados en un área de la boca los cuales actúan como apoyo indirecto del lado contrario. Neutraliza la fuerza que tiende a desalojar la PPR a extremo libre.

- Base Protésica: Es el elemento que lleva incorporado los dientes y pueden apoyarse sobre la encía. En las clases I, II o sobre los dientes remanentes en la clase III.

1.21 IMPLANTOLOGIA

Ciencia y disciplina que se dedica al estudio del AX, diseño, aplicación, restauración y mantenimiento de las estructuras orales oroplásticas o autógenas para tratar la pérdida de forma, comodidad, funciones, estética, fonética o la salud de los pacientes totales o parciales edéntulos.

Implante Oral o dental igual a bioma, igual a tedial bilógico o aloplástico aplicado sobre los tejidos duros o blandos de la boca por motivos funcionales o estéticos.

Clasificación:

Según la localización ósea:

- Endo – óseo (dentro del hueso)
- Yuxta – óseo (encima del huexo subperiusticos)
- Tramo – óseo: a través del no se utiliza por: procedimiento extra oral

Según su composición:

- Cerámicos o vítreos o vidrio
- De carbono
- Polímeros
- Metálicos

Implantes Cerámicos:

- Nivel experimental bicomponente estético, resistencia tensional
- Carbono vítreo
Cerámica alúmina

Fosfato tricálcico

Cubierta bioactiva (HA)

Implantes polímeros (plástico)

- Bajo costo
 - Estética
- Des. Biocompatibilidad absorción de líquidos

Nivel experimental

- Polietileno tereftalato (dacrón)
- Politetrafluoroetileno (PTFE)
- Epoxi termoplástico
- Resina de policarbonato

Implantes metálicos

- Titanio comercial porcentaje puro aleaciones (Ti6 Al 4V)
- Tantalio (cromo-cobalto molibdeno)
- Vitalio
- Acero inoxidable (cromo cobalto)
- Titanio (comercial porcentaje puro)

1.22 BIOMECANICA EN IMPLANTOLOGIA ORAL

Areas de Estudio

- Diseño del implante y protodoncia
- Características superficiales
- Absorción de fuerzas

- Relaciones fuerza / resistencia entre los componentes protodónticos y los tejidos de soporte
- Posición implante más posición dientes

Cargos = Horizontal nocivas Vertical + tangenciales

Factores que interactúan en las relaciones biomecánicas

- Magnitud, dirección y localización de las fuerzas
- Geometría y propiedades mecánicas de la estructura
- Adaptación de la conexión entre componentes
- Número, localización y agrupación de los implantes
- Propiedades mecánicas de los biomateriales
- Propiedades mecánicas de los tejidos de soporte

Factores que influyen en la biomecánica parcial porcentaje edéntulo

- Distancia entre implante (de 7 a 8 mm)
- Distancia – Fuerza mayor distancia, mayor fuerza
- Alineamiento – tripoidismo (3 puntos mayor anclaje)
- Conexión diente implante
- Extensiones M o D (cantilever)
- Tipo de protodoncia
- Esquema y carga oclusal

Paciente edéntulo

- Distancia entre implantes
- Disposición del arco maxilar
- Longitud antero-post (distancia mayor distribuir fuerza)
- Extensión del extremo libre

- Tipo prostodoncia
- Esquema y carga oclusal

Componentes del implante

- Implante
- Tornillo de cicatrización
- Pilar
- Tornillo

Prostodoncia

Parte de la odontología relacionada con la rehabilitación de la salud, función oral, comodidad y apariencia por medio de la restauración de los dientes naturales y reemplazo en dientes faltantes, tejidos maxilofaciales contiguos, utilizando sustitutos artificiales.